



Ofício nº 0 /2021-Gab

Lagoinha do Piauí, 29 de Novembro de 2021.

**Ilmo.: Sr. FLORENTINO ALVES
VERAS NETO Secretário Estadual de
Saúde, Secretaria de Estado da Saúde
do Piauí. Avenida Pedro Freitas, 2052,
vermelha 64.018-000 - Teresina – Piauí**

Assunto: Recurso à Atenção Primária em Saúde

Ao tempo em que cumprimentamos Vossa Excelência, venho por meio deste solicitar ao Secretário que coloque em pauta na próxima reunião de CIB (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE), Aprovação do Recurso de **200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS)**, pelo Governo do Estado do Piauí para apoio à **Atenção Primária em Saúde para o município de Lagoinha do Piauí**. Venho por meio deste dar ciência à Comissão Intergestores Bipartite para conhecimento da solicitação.

Sem mais para o momento, reitero votos de elevada estima, consideração e apreço.

Atenciosamente,

Kelly Alves Alencar

Kelly Alves Alencar
Prefeita Municipal



GOVERNODOESTADODOPIAUÍ
SECRETARIADASAÚDEDOESTADO
-SESAPI

CadastrodoProponenteeR
epresentanteLegal

AnexoI

I-IDENTIFICAÇÃODOPROPONENTE

1- Nome do Proponente: PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOINHA DO PIAUÍ
2-CNPJ/CPF
01.612.587/0001-52

3- Esfera Administrativa: MUNICIPAL
4- Status Jurídico:

5- Endereço: AVENIDA DOMINGOS LOURENÇO JORGE, 85 - CENTRO

6- Município: LAGOINHA DO PIAUÍ
7- CEP: 64465-000
8- DDD: 86
9- Telefone: 3286-0082
10- Fax:

11 - e-mail: kellyalencar_@hotmail.com
12- Site:

II-IDENTIFICAÇÃODO REPRESENTANTE DO PROPONENTE

13- Nome do Proponente: KELLY ALVES ALENCAR
14- CPF do Representante: 007.455.493-06

15- Endereço: RUA DOMINGOS LOURENÇO JORGE 222, CENTRO

16- Município: LAGOINHA DO PIAUÍ
17- CEP: 6446500

18- C.I./Orgão Expedidor/Data: 2.101.583 / SSPPI
19 Cargo: PREFEITO
20- Função: PREFEITO
21- Matrícula:

III-IDENTIFICAÇÃODO OUTRO PARTICIPE

22- Nome do Partícipe:
23- CNPJ:
24- Esfera Administrativa:

25- Endereço:

26- Município:
27- CEP:
28- DDD:
29- Telefone:
30- Fax:

IV-IDENTIFICAÇÃODO REPRESENTANTE DO OUTRO PARTICIPE

31- Nome do Representante do outro Partícipe:
32- CPF do Dirigente:

33- C.I./Orgão Expedidor/Data:
34- Cargo:
35- Função:
36- Matrícula:

Local e data
Assinado pelo Partícipe
Assinado pelo Proponente



**GOVERNO
DO ESTADO
DO PIAUÍ
SECRETARIA
DE SAÚDE
DO ESTADO
DO PIAUÍ**

Dados do Projeto

Anexo II

I - INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

1 - Banco: BA NCODO	2 - Agência: 888-5	3 - Conta Corrente nº: 30.262-7	4 - Praça de Pagamento: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE LAGOINHA DO PIAUÍ
---------------------	--------------------	---------------------------------	---

II - DADOS DO PROJETO

5 - Título do Projeto:
RECURSOS FINANCEIROS - APOIO FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

6 - Período: Início e Término:
01/12/2021 à 30/06/2022

7 - Descrição Sintética do Objeto:

APOIO FINANCEIRO PARA APOIO FINANCEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

8 - Justificativa da Proposição:


O PRESENTE PLEITO TEM COMO PRINCIPAL OBJETIVO FORTALECER A GESTÃO MUNICIPAL NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, CONTRIBUINDO DE FORMA CONSIDERAVELMENTE PARA REDUZIR AS VULNERABILIDADES, VISANDO ASSIM MELHORAR O ACESSO E O CUIDADO CONTINUADO DA POPULAÇÃO, OBJETIVANDO ASSIM A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E A GARANTIA DE ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE.

III - DADOS ORÇAMENTÁRIOS DO CONCEDENTE (Preenchimento pelo Concedente)

9 - Programa:

10 - Projeto/Atividade:

11-Natureza	0	0
12-Fonte	0	13-Valor R\$0,00
	0	R\$0,00

	Cronograma de Execução Física e Plano de Aplicação de Recursos	Anexo III
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO -SESAPI		


I-CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS METAS FÍSICAS

Meta	Etapa/Fase	Especificação	Unidade de Medida	Qtde	Início	Término
100%	01	Pessoas Físicas	%	100	01/12/2021	30/06/2022
100%	02	Estrutura Física	%	100	01/12/2021	30/06/2022
100%	03	Equipamentos	%	100	01/12/2021	30/06/2022

II-PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS, POR NATUREZA DE DESPESA

Natureza	Discriminação	Valor		
		Concedente	Proponente - Contrapartida	
			Financeira	Não

				Financeira
3390.36	Pessoas Físicas	50.000,00	0,00	0,00
	Estrutura Física	50.000,00	0,00	0,00
	Equipamentos	100.000,00	0,00	0,00
	Subtotais	200.000,00	0,00	0,00
	Valor Total do Convênio			200.000,00

 <p>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO - SESAPI</p>	<p>Cronograma de Desembolso</p>	<p>Anexo IV</p>
---	--	------------------------

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Concedente - Ano: 2022

Meta	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
APOIO FINANCEIRO A PORTE FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, LAGOINHA DO PIAUÍ/PI.	-	-	-	-	-	200.000,00

Meta	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
APOIO FINANCEIRO A PORTE FINANCEIRO CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, LAGOINHA DO PIAUÍ/PI.	-	-	-	-	-	-



GOVERNO
DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA
DE SAÚDE
DO ESTADO
- SESAPI

Relação de Equipamentos e
Material Permanente

Anexo V

I-RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

Especificação	Unidade	Qtde	Valor Unit.	Valor Total	Local de Destino
APORTE FINANCEIRO - CUSTEIO ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE, LAGOINHA DO PIAUÍ/PI.	%	100	100.000,00	100.000,00	LAGOINHA DO PIAUÍ/PI
Total Geral				200.000,00	

II-DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do Proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto ao GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ e, sob as penas do estabelecido no Código Penal Brasileiro, art. 299, que inexistem quaisquer débitos em mora com o Tesouro Estadual ou situação de inadimplência junto a qualquer Órgão ou Entidade da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos na forma deste Plano de Trabalho, o qual atesto sua veracidade.

Local e Data:	Nome do Proponente:	
---------------	---------------------	--

III-APROVAÇÃO

Aprovo o presente Plano de Trabalho, na forma proposta, estando de acordo com o objeto e os custos envolvidos.

LocaleData:

AssinadoDirigentedoÓrgão: